Ueber die auf der I. med. Abteilung des städt. Krankenhauses München I. I. in der Zeit vom 1. I. 1890 bis 1. X. 1904 beobachteten

Fälle von Perityphlitis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizischen Fakultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gerhard Berkofsky,

approb. Arzt aus Prenzlau.

MÜNCHEN 1905.

Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey, München.

Ueber die auf der I. med. Abteilung des städt. Krankenhauses München I. I. in der Zeit vom 1. I. 1890 bis 1. X. 1904 beobachteten

Fälle von Perityphlitis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizischen Fakultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gerhard Berkofsky,

approb. Arzt aus Prenzlau.

MÜNCHEN 1905.

Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey, München.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät der kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

Referent: Herr Professor Dr. J. v. Bauer.

Dem Andenken meines Vaters

und meiner Mutter

gewidmet!

Bis in die neueste Zeit hinein ist jene von Proc. vermiformis ausgehende Erkrankung, welche klinisch als Perityphlitis oder Appendicitis bezeichnet wird, der Mittelpunkt lebhaften ärztlichen Interesses geblieben, und sowohl von chirurgischer, wie von internmedizinischer Seite erscheinen jährlich eine fast übergrosse Anzahl von Veröffentlichungen, welche sich mit dieser Krankheit beschäftigen. Mit der vorliegenden wird diesen Arbeiten eine weitere statistische angereiht, welche sich zwar nicht so sehr durch ein umfangreiches Material auszeichnet, als vielmehr durch den Umstand ein gewisses Interesse beanspruchen zu dürfen glaubt, dass die darin verwerteten Fälle, innerhalb eines Zeitraumes von annähernd 15 Jahren beobachtet, stets nach denselben therapeutischen Gesichtspunkten behandelt wurden.

Auf der I. med. Abteilung des städt. Krankenhauses München l. d. I. unter der Leitung des Herrn Prof. v. Bauer wurden in der Zeit vom 1. Januar 1890 is zum 1. Oktober 1904 insgesamt 385 Fälle von Perityphlitis beobachtet. Es sind in dieser Zahl auch jene Fälle mit eingerechnet, welche schon mit den Erscheinungen einer diffusen Peritonitis eingeliefert wurden, als deren Ausgangspunkt aber mit Sicherheit der Proc. vermiformis erkannt werden konnte.

Von den Kranken waren 213 Männer, 172 Weiber. Inwieweit hierbei das Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes mit 55,4% der Fälle über das weibliche (= 44,6%) auf anatomische Ursachen, wie Verschiedenartigkeit der Blutversorgung des Appendix bei beiden Geschlechtern, zurückzuführen ist, oder auf den Umstand, den Hermes in die Worte kleidet: „es lässt sich mit Recht einwenden, dass (bei dieser Berechnung) ein Fehler vor allem darin steckt, dass beim weiblichen Geschlecht die Appendicitis häufig nicht erkannt wird, und dass so manche Erkrankung des Wurmfortsatzes unter der Diagnose eines uterinen oder perituterinen Leidens segelt", kann hier nicht erörtert werden. Jedenfalls bestätigen die meisten von anderer Seite gegebenen Statistiken diese interessante Tatsache, oft in noch viel ausgesprochenerem Masse.

In ähnlicher Uebereinstimmung befinden wir uns bezüglich des Alters der Patienten mit anderen Berichten. Entsprechend der täglichen Erfahrung und den Untersuchungen Ribberts, nach denen sich die typische, dicht gedrängte Anordnung der Follikel der Appendixschleimhaut etwa bis zum 30. Jahre erhält, diese sich dann verkleinern und dadurch auseinanderrücken, konnte festgestellt werden, dass die überwiegende Mehrzahl der Erkrankungsfälle sich auf die Zeit bis zum Ende des 3. Lebensdezenniums erstreckte, also auf die Jahre, in denen durch Rückgangsvorgänge die Neigung der „Tonsille des Darmes" zu Entzündungen geringer geworden ist, nur wenige Erkrankungen fallen. Von den Kranken waren

alt	Anzahl	alt	Anzahl	alt	Anzahl
14 Jahre	7	27 Jahre	9	40 Jahre	5
15 „	12	28 „	6	45 „	3
16 „	19	29 „	11	46 „	1
17 „	22	30 „	8	47 „	1
18 „	29	31 „	7	48 „	2
19 „	31	32 „	3	49 „	3
20 „	38	33 „	5	52 „	1
21 „	24	34 „	3	54 „	2
22 „	27	35 „	5	55 „	2
23 „	23	36 „	4	56 „	1
24 „	28	37 „	1	67 „	1
25 „	19	38 „	2		
26 „	15	39 „	1		

Bei vier Patienten fehlt die Angabe ihres Alters. Es standen also im

II.	Lebensdezennium	158 Kranke,
III.	„	170 „
IV.	„	36 „
V.	„	10 „
VI.	„	6 „
VII.	„	1 „

Das Fehlen der ersten 13 Jahre findet seine Erklärung darin, dass auf der Abteilung nur Kranke über 14 Jahre aufgenommen werden. Dieses Zahlenverhältnis deckt sich mit einer von Nothnagel gegebenen Tabelle; nach dieser fanden Matterstock, Fitz, Sonnenburg und Nothnagel folgende Verteilung der Appendicitisfälle auf die einzelnen Dezennien:

	M.	F.	S.	N.
Gesamtzahl:	474	228	130	130
I. Dec.	46	22	14	1
II. „	143	86	33	44
III. „	158	65	43	57
IV. „	72	34	15	14
V. „	30	8	11	7
VI. „	18	11	2	4
VII. „	5	1	4	2
VIII. „	2	1	1	—

Von verschiedenen Seiten wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Zahl der Perityphlitisfälle in den letzten Jahren bedeutend gewachsen sei. Beispielsweise sagt Rehn in seinem Vortrag über die chirurgische Behandlung der Appendicitis auf dem Chirurgenkongress 1901:

„Zweifellos wird die Erkrankung jetzt besser diagnostiziert als bisher; aber bei aller Berücksichtigung dieses Umstandes kann man nicht leugnen, dass die Krankheit weit häufiger auftritt als früher."

Ein Blick auf die unten folgende Tabelle wird diese Angabe bestätigen. Nicht im Einklang jedoch steht dieselbe mit der an demselben Orte gemachten Bemerkung Rehns, dass in seinem Wirkungskreis der Verlauf der Appendicitis ein bösartigerer geworden sei. Wenn man nämlich nach der Schwere des klinischen Bildes die zur Beobachtung gekommenen Fälle in verschiedene Gruppen einteilt und

1. als solche leichten Grades die bezeichnet, die entweder ohne oder mit nur geringer Temperaturerhöhung verliefen,
2. die mit hohem Fieber, aber sonst regelmässigem Krankheitsverlauf als solche mittleren Grades, und
3. als schwere Fälle diejenigen, die mit Erbrechen, Schüttelfrösten, Recidiven, aussergewöhnlicher Höhe und Dauer des Fiebers oder sonstigen schweren Allgemeinsymptomen einhergehen,

so lässt sich in dieser Hinsicht folgende Verteilung auf die verschiedenen Jahre feststellen:

Jahr	Gesamtzahl	leichte Fälle	mittlere Fälle	schwere Fälle	Jahr	Gesamtzahl	leichte Fälle	mittlere Fälle	schwere Fälle
1890	22	7	11	4	1898	21	7	11	3
91	13	3	9	1	99	40	9	20	11
92	17	3	6	8	1900	31	9	14	8
93	28	8	16	4	01	40	13	14	13
94	13	2	7	4	02	28	6	13	9
95	18	3	10	5	03	41	14	12	15
96	19	7	11	1	*) 04	31	11	16	4
97	23	9	13	1					

Das Bild, das uns diese Tabelle gibt, zeigt zwar, wie die Schwere des Krankheitsbildes in den einzelnen Jahren einem grossen Wechsel zu unterliegen scheint, dass aber ein Ueberwiegen schwerer Fälle in den letzten Jahren offenkundig nicht bestanden hat.

*) Bis zum 1. X. 1904.

Bezüglich der Disposition zu Appendicitis sei erwähnt, dass, entgegen andersseitigen Anschauungen, die der Heredität hierin einen gewissen Einfluss einräumen, nur in zwei Fällen erbliche Belastung festgestellt wurde: Ein Kranker verlor seine Mutter, ein anderer seinen Bruder an „Blinddarmentzündung".

Von den 385 Patienten hatten im ganzen 69 (= 17,7%) schon früher einmal Appendicitisanfälle überstanden, und zwar

51 Kranke je einmal,
10 „ „ zweimal,
5 „ „ dreimal und
3 „ viermal oder öfter.

Diese Zahlen sind ausserordentlich gering gegenüber den von anderen Autoren angegebenen. Roux beispielsweise berichtet auf dem Chirurgenkongress 1902 über 670 Fälle, von denen vor der Operation 176 einmal, 144 zweimal, 97 dreimal, 51 viermal und 55 noch häufiger an Appendicitis erkrankt waren.

Neben diesen direkt als „Blinddarmentzündung" bezeichneten Vorkrankheiten finden wir in der Anamnese bei 12 (3,1%) Patienten die Angabe, dass sie früher an „Bauchfellentzündung" oder an „Gedärmentzündung" gelitten hätten. Ob es sich auch in diesen Fällen um Perityphlitis gehandelt hat, muss dahingestellt bleiben.

Von grösster Wichtigkeit erscheinen ferner die Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane zu sein, bezüglich der Disposition zu Appen-

dicitis. Ausser der schon eingangs erwähnten Bemerkung von Hermes zu der Angabe, dass Männer (60%) mehr disponiert zu Appendicitis seien als Weiber (40%), berichtet derselbe Autor die interessante Tatsache, die man aber nach den anatomischen Lageverhältnissen erwarten musste, dass er unter 75 wegen gynäkologischer Erkrankungen operierten Patientinnen 40 mal, also bei 53,3%, Veränderungen des Wurmfortsatzes fand. Wenn wir nun bei 8 Kranken (oder 4,6% der weiblichen) Angaben über früher überstandene „Unterleibsleiden" finden, so wird uns die oben angegebene Tatsache, die den engen Zusammenhang zwischen Appendicitis und gynäkologischen Erkrankungen beweist, die Vermutung nahelegen, ob nicht auch diese Genitalerkrankungen als überstandene Perityphlitisanfälle zu betrachten sind; sicher aber sind dieselben in engen ursächlichen Zusammenhang mit dem jetzigen Leiden zu bringen.

Als ein weiteres disponierendes Moment wird vielfach habituelle Obstipation angegeben, während andere derselben einen Einfluss in dieser Hinsicht absprechen. Es sei hier nur angegeben, dass bei 19 Kranken (4,9%) schon längere Zeit vor dem Ausbruch des Anfalles Verstopfung bestand.

Liebhaber einer genauen Anamnese wird es interessieren, worauf die Patienten selbst ihr Leiden zurückführen. Meist sind sie in ebenso grosser Ungewissheit über die Ursachen ihrer Krankheit wie die Wissenschaft, und bei der grossen Mehrzahl von ihnen befindet sich die Bemerkung:

Eine besondere Ursache seines Leidens weiss Patient nicht anzugeben. 6 Kranke ziehen eine Erkältung, 5 den Genuss verdorbener Nahrungsmittel zur Erklärung heran; dass in München 10mal ein „zu kaltes Bier" beschuldigt wird, die Krankheit hervorgerufen zu haben, darf nicht Wunder nehmen. Man geht wohl nicht fehl, diese letzten drei Gründe mit Přiham als nur „eine auslösende Veranlassung bei bereits vorhandener Erkrankung des Appendix" anzusehen, wenn man ihnen überhaupt Wichtigkeit beimessen will.

Grösseres Interesse beanspruchen zwei weitere Patienten, von denen ihr Leiden auf ein Trauma — ein direktes und ein indirektes — zurückgeführt wird: Der eine von ihnen erhielt wenige Tage vor Ausbruch der Krankheit einen Fusstritt vor den Unterleib, der andere glitt aus, fühlte alsbald Schmerzen in der Regio ileo-coecalis und glaubt seinen Anfall hierdurch hervorgerufen. Inwieweit diese Unfälle direkte Ursache der Erkrankung waren, oder ob sie auf dem Boden einer noch geheimen Erkrankung des Wurmfortsatzes den jetzigen Anfall nur ausgelöst haben, lässt sich natürlich nicht entscheiden; einen inneren Zusammenhang zwischen Trauma und Krankheit wird man indessen als sicher annehmen müssen. Zur Bekräftigung dessen möchte ich eine Angabe von Neumann heranziehen, der unter 152 Fällen 10mal ein Trauma als Ursache fand, und zwar enthielten 9 der erkrankten Wurmfortsätze Kotsteine; Neumann bemerkt dazu, dass ein Trauma, sei es

nun ein direktes oder indirektes, wohl imstande sei, an einem gesunden Pr. vermiformis eine Appendicitis hervorzurufen, dass aber in der Mehrzahl der Fälle das Trauma nur dann denselben zur Erkrankung bringen könne, wenn er einen Kotstein oder ähnliches enthält. Sonnenburg dagegen nimmt nur dann, wenn der Wurmfortsatz schon vorher heimlich erkrankt sei, einen Zusammenhang zwischen Trauma und Krankheit an; dann allerdings kann nach seiner Ansicht schon ein leichtes Trauma zur Auslösung eines akuten Anfalles führen.

Ausdrücklich sei hier hervorgehoben, dass der sagenhafte Obstkern nicht einmal mehr in den Angaben der Kranken auftaucht, geschweige denn, dass er sich bei einer der 55 in vivo et in mortuo vorgenommenen Autopsien hätte nachweisen lassen.

Auch Angaben über das Auffinden von Kotsteinen finden sich seltsamer Weise nur 4 mal (= 7,3% der Eröffnungen des Abdomens).

Verlauf und Erscheinungen der Perityphlitis sind schon zu oft von berufener Feder geschildert worden, als dass an dieser Stelle etwas neues berichtet werden könnte. Indem im übrigen auf die eingangs erwähnten Bemerkungen über die Intensität der Anfälle und auf den folgenden Abschnitt über beobachtete Komplikationen hingewiesen wird, sei hier nur die Tatsache angegeben, dass bei 7 Patienten ein spontaner Durchbruch des Exsudates in den Darm, bei einem Patienten ein solcher in die Blase festgestellt wurde.

Von den Komplikationen, die im Verlauf der Perityphlitis auftreten, sei hier zunächst der wichtigsten und, wie Duehrssen betont, vor allem überaus häufigen gedacht, nämlich des Uebergreifens der Erkrankung auf die rechten Adnexe; eine solche konnte bei 15 Fällen (= 8,75% der Weiber!) durch gynäkologische Untersuchung festgestellt werden, gewiss eine interessante Illustration zu der schon oben berichteten Beobachtung von Hermes.

Diesen Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane möchte ich einen von Benischek näher beschriebenen, in seiner Art wohl einzig dastehenden Fall gegenüberstellen: es handelt sich um einen 16jährigen jungen Mann, bei welchem vom Wurmfortsatz aus die Erkrankung, dem Samenstrange folgend, bis zum rechten Hoden hinab fortschritt und sich hier als eine Periorchitis etablierte, welche operativ geheilt wurde.

Bei zwei Kranken liessen Anomalien in der Haltung und Bewegungsfähigkeit des rechten Beines auf ein Uebergreifen des Entzündungsprozesses auf den M. psoas annehmen.

Je einmal traten ferner Pericystitis und Pericholecystitis auf.

Inwieweit die drei im Verlauf der Krankheit auftretenden Nephritiden und ein Erisypel in ursächlichem Zusammenhange mit der Perityphlitis standen, lässt sich nicht mit Sicherheit ersehen.

Wohl selten haben sich in einer Frage der Medizin so gewaltige Umwandlungen vollzogen als bezüglich der Behandlung der Perityphlitis.

Welch ein Riesenschritt von der streng konservativen Methode der voroperativen Zeit, der eine Eröffnung der Leibeshöhle sicherem Verderben gleichkommen musste, bis zu dem Vorschlage jener Stürmer, die, kühn gemacht durch die Erfolge moderner Chirurgie, gleichsam prophylaktisch den Wurmfortsatz entfernen wollten. Wenn sich, vor allem seit dem XIII. Kongress für innere Medizin 1895, inzwischen auch ein Ausgleich zwischen diesen Extremen eingestellt hat, toben doch auch jetzt noch die Wogen des Meinungskampfes in mehr als einer Frage, die mit der Appendicitis zusammenhängt, und wer die Berichte darüber verfolgt, kann sehen, wie bei der Unklarheit, die noch in vieler Hinsicht bezüglich der Perityphlitis besteht, mancher der erfahrensten Autoren verwerfen muss, was er noch vor wenigen Jahren gutgeheissen.

Zwei Grundanschauungen stehen sich auch heute noch bezüglich der Behandlung der Perityphlitis gegenüber. Die doch immerhin relativ günstigen Resultate der voroperativen Zeit ausser acht lassend, fordern die Vertreter der einen Anschauung, jeder auch nur einigermassen schwer an Appendicitis Erkrankte solle sich der Operation unterziehen; nur im Messer sehen sie das Heil; je rascher dieses eingreifen kann, um so leichter und glatter wird sich die Heilung vollziehen. Ihnen stehen jene Aerzte gegenüber, welche den von Rosenberger dahin formulierten Standpunkt vertreten, dass der grösste Teil der an Perityphlitis Erkrankten auch heute noch ohne Operation heilt und auch höchst wahr-

scheinlich von Recidiven verschont bleibt. Für sie bedeutet die Operation nur „einen Fortschritt, indem durch sie viele Kranke erhalten werden, die früher gestorben sind".

Die Gründe, die von beiden Seiten für ihre Behandlungsweise ins Feld geführt werden, müssen wir in zwei Arten teilen: 1. in solche, die auf theoretischen oder pathologisch-anatomischen Erwägungen fussen, 2. in solche rein praktischer Natur, die sich auf zahlenmässige Beweise zu stützen suchen.

Die theoretischen Erwägungen gipfeln in der Frage über die Natur des perityphlitischen Exsudates; ein Teil der Autoren behauptet, dasselbe sei stets eitriger Natur, besitze zum mindesten aber einen eitrigen Kern, eine Theorie, die als hervorragendster Sahli auf dem XIII. Kongress für innere Medizin vertritt. Demgegenüber nehmen andere zunächst auch eine sero-fibrinöse Beschaffenheit an, wie Renvers und, zufolge seinen Erfahrungen bei der Operation, auch Sonnenburg. Ist nun aber das Exsudat stets eitriger Natur, so folgern die Anhänger dieser Meinung, so ist die Möglichkeit einer Restitutio ad integrum, dass nämlich das Exsudat vollständig resorbiert wird, zwar vorhanden, aber doch nur sehr beschränkt; in der Mehrzahl der Fälle handelt es sich bei der sogenannten Heilung nur um eine Abkapselung desselben; dieses abgekapselte Exsudat aber bildet, einer verborgenen Mine gleich, die ein geringfügiger Anlass zur Explosion bringen kann, naturgemäss eine grosse Gefahr für den Körper; darum greifen

wir zum Messer, das allein eine radikale Heilung verbürgt und den Kranken vor Recidiven sichert.

Die Anschauung von einer sero-fibrinösen Natur des Exsudates fordert eine konservativere Methode. „Es gibt Exsudate, so ungefähr sagt Renvers, fibrinös-seröser Natur und solche eitriger Natur; beide können spontan heilen, aber, fügt er hinzu, es unterliegt keinem Zweifel, dass (bei eitriger Einschmelzung) ein zur richtigen Zeit stattfindender chirurgischer Eingriff die Krankheit nicht nur wesentlich abkürzt, sondern auch den Kranken vor zahllosen drohenden Gefahren schützt."

Auf der Basis einer derartigen Anschauung sucht die konservative Behandlung, wie sie auch auf der I. med. Abteilung des Krankenhauses München l./I. gepflogen wird, zunächst durch absolute Ruhe, Opium, Eisblase und strengste Diät den Krankheitsprozess zum Stillstand zu bringen. Gehen nach dem Anfall alle Erscheinungen zurück, so kann man den Patienten als geheilt ansehen. Lässt sich aber deutlich Eiter nachweisen, so wird der Kranke chirurgischer Behandlung zugewiesen. Allerdings ist wohl kaum etwas schwieriger, als den strikten Beweis der Eiterung zu bringen; wenn nach einigen Tagen (meist wird hier die Zahl 5 angegeben) das Exsudat sich nicht zurückbildet und das Fieber dauernd auf der Höhe bleibt, wenn die Schmerzen in der Ileocoecalgegend nicht abnehmen, verfallene Züge des Patienten, schlechter Puls usw., alles das lässt auf eine Eiterung schliessen, und meist hat man auch in der von Curschmann

angegebenen Blutuntersuchung einen guten Anhaltspunkt, ob Eiter vorhanden ist oder nicht; aber eine zuverlässige Entscheidung in dieser Frage geben auch diese Zeichen nicht, und nirgends wohl ist das individualisierende Auge des erfahrenen Arztes so ausschlaggebend als bei der Erwägung, soll hier operiert werden oder nicht. Anders liegen natürlich die Verhältnisse bei einem Appendicitis-Recidiv. In diesem Falle wird man zunächst wieder unter konservativer Behandlung den Anfall abklingen lassen, dann aber im Intervall mit einer Operation weniger zurückhaltend sein, die den Kranken vor weiteren Attacken schützt.

Die anderen Gründe, die von beiden Seiten für und wider die konservative Behandlungsmethode ins Feld geführt werden, sind solche rein praktischer Art: man lässt die Zahlen des Erfolges sprechen. Auf diesen Punkt soll hier näher eingegangen werden, indem zunächst die Zahlen einiger anderer Autoren angegeben werden:

1. Rehn, ein begeisterter Anhänger der Frühoperation, berichtet auf dem Chirurgen-Kongress 1901 über 180 Fälle, bei denen im akuten Anfall die Operation vorgenommen wurde; davon wurden 134 geheilt, 46 endeten letal; allerdings sind die Mehrzahl derselben schwer und es befinden sich nicht weniger als 38 Todesfälle darunter, die der eitrigen Peritonitis zur Last fallen.

2. In seinem Versuch zu einer Sammelforschung zur Frage der Frühoperation gibt Spren-

gel in einer Zusammenstellung der Erfolge von Rehn, Riedel, Schnitzler, Sonnenburg und seiner eigenen folgende Zahlen an:

Operiert i. Intervall	232	Fälle; davon	230	geheilt,	2 †
„ im Anfall	284	„ „	227	„	57 † (20%)
„ hievon früh	47	„ „	39	„	8 † (17%)
„ hievon spät	237	„ „	189	„	48 † (20%)

3. Renvers nimmt für die Frühoperation eine Mortalität von etwa 20% an, allerdings mit der einschränkenden Bemerkung, dass diese Zahl doch etwas zu hoch gegriffen sei.

4. Brentano sagt in seinem Referat über die „chirurgische Behandlung der Appendicitis in Frankreich": „nach übereinstimmenden Berichten deutscher und französischer Autoren beträgt die Mortalität noch immer 14—15%," wobei er an anderer Stelle ausdrücklich betont, dass die französischen Aerzte fast alle Anhänger der Frühoperation sind.

5. Geradezu glänzende Erfolge nimmt für die Frühoperation Sprengel in höchst optimistischer Weise an, indem er, ziffernmässig sich besonders auf Mayo (mit 5,2% Mortalität) stützend, auf eine Mortalität von 4—5% bei Frühoperation schliessen zu dürfen glaubt, während er nach den Angaben von Sonnenburg, Riedel, Brentano u. a. der konservativen Methode etwa 12% Gesamtmortalität zuschreibt.

6. Rotter (nach Nothnagel) berichtet über 213 Fälle mit 19 (8,9%) Todesfällen. Darunter waren 192 Fälle mit circumscripter Peritonitis, mit 156 (= 82%) Spontanheilungen; nur 33 wurden operiert, mit 2 Todesfällen, 3 starben

unoperiert; Rotter hatte also auf diese 192 Fälle nur 5 Todesfälle (2,5%).

7. Interessant sind die von Hämig aus der Krönleinschen Klinik mitgeteilten 241 Fälle: 112 davon wurden im Intervall operiert, ohne Todesfall. 39 Kranke wurden nicht operiert; hievon endeten 5 letal; von den übrigen 90 Fällen, die im Anfall operiert wurden, starben 27; davon hatten 29 Patienten bei der Operation schon allgemeine Peritonitis (22 †), 61 wurden mit noch lokalisiertem Prozess operiert (5 †). Bei vorwiegend chirurgischer Behandlung ergibt sich also eine Mortalität von 13,7%.

Mögen nun im allgemeinen den Chirurgen schwerere Fälle übergeben werden, sodass diese relativ hohen Mortalitätsziffern erklärlich sind, so sehen wir doch andrerseits bei konservativer Behandlungsmethode so überaus günstige Resultate, dass man ihr wohl doch den Vorzug geben muss. Denn

8. nach Nothnagel verzeichnen Heilung ohne Operation: Fürbringer 90%, Renvers 91—92%, Kurschmann 95,5%, Guttmann 96% und Nothnagel selbst 96 bis 97%. Nach der Sahlischen Sammelforschung, welche sich über 7213 Fälle erstreckt, starben von 6740 nicht operierten Kranken 591 = 8,8%.

In ganz hervorragendem Masse scheinen aber für die konservative Behandlungsmethode die Zahlen zu sprechen, die

9. Kümmell auf dem Chirurgen-Kongress von 1901 angibt: Er hatte ein Material von 1042 Kranken, von denen er nur 48 verlor. Da-

von wurden 249 im anfallsfreien Stadium operiert (mit 4 Todesfällen). Der Rest wurde im akuten Stadium behandelt, und zwar 736 ohne Operation; davon 17 = 2,3% †. 57 unterzogen sich chirurgischer Behandlung, von denen 27 = 47,3% letal endeten; es hatte also Kümmell dank seiner konservativen Behandlung unter 793 akuten Perityphlitiden nur 44 oder 5,5% Todesfälle.

Aehnlich günstige Resultate wurden, wie aus der beigegebenen Tabelle ersichtlich ist, auch auf der I. med. Abteilung des Krankenhauses München l./I. erzielt. Nach den oben erwähnten Prinzipien wurden sämtliche 385 Kranke behandelt mit Ausnahme von 7, welche in früheren Jahren noch Abführmittel erhielten und von denen einer starb. Die Gesamtmortalität bezifferte sich auf 31 = 8%; 6 von den Verstorbenen wurden schon moribund aufgenommen; 1 Kranker starb an Myodegeneratio cordis. Von 340 Patienten kamen unter der üblichen Behandlung mit Opium, Eisblase, absoluter Ruhe und Diät 322 zur Heilung, während 18 (5,3%) starben. Einer Operation unterzogen sich 38 Kranke, davon 5 im anfallsfreien Stadium. Davon wurden 26 als geheilt entlassen, 12 (darunter 2 moribundi recepti) starben (= 31,6% der Operierten). Von den Patienten hatten sich 3 schon früher einmal einer Operation unterzogen, die aber nur in der Entleerung des Eiters ohne Entfernung des Appendix bestanden hatte. Eine zweite Radikaloperation heilte sie.

Interessant ist es, dass innerhalb der ersten neun Beobachtungsjahre nur zweimal im Anfall

Jahrgang	Gesamtzahl der Fälle	†	mit Abführmitteln			intern ohne Operation			mit Operation		
			behandelt	geheilt	†	behandelt	geheilt	†	behandelt	geheilt	†
1890	22	1	1	—	1	21	21	—	—	—	—
91	13	1	1	1	—	11	11	—	1	—	1
92	17	4	2	2	—	14	11	3	1	—	1
93	28	2	2	2	—	26	24	2	—	—	—
94	13	—	1	1	—	12	12	—	—	—	—
95	18	2	—	—	—	18	16	2	—	—	—
96	19	—				19	19	—	—	—	—
97	23	1				23	22	1	—	—	—
98	21	1				20	19	1	1a)	1	—
99	40	4				38	35	3	2	1	1
1900	31	1				27	27	—	4b)	3	1
01	40	6				36	31	5	4	3	1
02	28	6				20	19	1	8	3	5
03	41	2				28	28	—	13b)	11	2
04	31	—				27	27	—	4	4	—
Sa.:	385	31	7	6	1	340	322	18	38	26	12

a) Davon 1 mal im Intervall op.
b) „ 2 „ „ „ „

operiert wurde, und dass trotzdem von den bis dahin aufgenommenen 167 Kranken nur 12 (7,2%) starben!

Die 385 dem Verfasser zur Verfügung stehenden Krankheitsgeschichten geben ein überaus buntes Bild über die Schwere der einzelnen Fälle: Wir finden darunter solche leichtesten Grades neben Patienten, die schon sterbend eingeliefert wurden, neben Kranken, die unter interner Behandlung der Heilung entgegensahen, auch solche, die nur wenige Stunden auf der med. Abteilung

blieben, um sofort in chirurgische Behandlung überzugehen. Gerade dieser Umstand, dass bei der Aufnahme der Patienten keine Auswahl getroffen wurde, dass sich vielmehr unter der Zahl derselben Fälle jeglicher Art befanden, berechtigt uns, die Schlussfolgerungen, die wir aus der Beobachtung des beschränkten Materiales ziehen, zu verallgemeinern und zu Gunsten einer in dem oben angegebenen Sinne konservativen Behandlungsmethode ins Feld zu führen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. von Bauer für die freundliche Ueberlassung des Themas meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Bauer: Die Krankheiten des Peritoneums (in Ziemssens Handbuch der spez. Pathologie und Therapie).

Benischek: Zur Aetiologie der Scrotalabscesse mit Berücksichtigung eines Falls bei Perityphlitis. (Dissertation 1895.)

Brentano: Die chirurgische Behandlung der Appendicitis in Frankreich (Deutsche Aerzte-Zeitung 1901).

Curschmann: Zur diagnostischen Beurteilung der vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Prozesse. (Münch. mediz. Wochenschrift 1901.)

Hermes: Erfahrungen über Veränderungen des Wurmfortsatzes bei gynäkologischen Erkrankungen (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Band LXVIII).

Kümmell: Ueber Perityphlitis. (Festschrift, dem ärztlichen Verein in Hamburg gewidmet, 1896.)

Neumann: Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen. (Archiv für klin. Chirurgie 1901.)

Nothnagel: Handbuch der spez. Pathologie und Therapie innerer Krankheiten.

Priham: Krankheiten des Darmes (Ebstein-Schwalbe's Handbuch der prakt. Medizin).

Ribbert: Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes (Virchows Archiv Band CXXXII).

Rosenberger: Ueber chirurgische Eingriffe bei Blinddarmentzündung, spez. über die Art und Bedeutung des operativen Vorgehens während des Anfalls. (Würzb. Abhandl. aus d. Ges. Geb. d. prakt. Med., 1901.)

Sahli: Ueber das Wesen und die Behandlung der Perityphlitiden. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte 1892.)

Schmidtsche Jahrbücher.

Sonnenburg: Appendicitis und ihr Zusammenhang mit Traumen. (Deutsche med. Wochenschr. 1901.)

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1899, 1901, 1902.

Verhandlungen des XIII. Kongresses für innere Medizin, 1895.

Lebenslauf.

Ich, Albert Gerhard Berkofsky, Sohn des † kgl. preuss. Oberstabsarztes Dr. Berkofsky, bin am 3. April 1881 zu Prenzlau i. U. geboren. Meine wissenschaftliche Vorbildung erhielt ich auf dem Askanischen Gymnasium zu Berlin, das ich Ostern 1899 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Sodann widmete ich mich auf den Universitäten Berlin, Göttingen und München dem Studium der Medizin. Am 23. Februar 1901 bestand ich in Berlin die ärztliche Vorprüfung mit „gut", am 9. März 1904 die ärztliche Prüfung mit dem Prädikat „gut" in München. Als meine Lehrer verehre ich die Herren Proff. DDr.:

In Berlin: Engelmann, E. Fischer, Gerhardt, Hertwig, F. König, Lexer, Liebreich, Pels-Leusden, Rawitz, F. E. Schulze, Strauss, Waldeyer, Warburg.

In Göttingen: Ehlers, Merkel, Meissner, Peter, Riecke.

In München: v. Angerer, v. Bauer, v. Bollinger, Eversbusch, Gudden, Gruber, Klein, Kopp, v. Ranke, Schech, Stumpf, v. Tappeiner, v. Winckel.